

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 34

Les Tumeurs malignes musculaires à forme aiguë

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES COMBALAT

NÉ à Cette (Hérault), le 18 août 1891



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

Les Tumeurs malignes musculaires

à forme aiguë

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargés de fonction
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BERARD, *Président*; M. NOVE-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. PATEL et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 34

Les Tumeurs malignes musculaires à forme aiguë

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES COMBALAT

Né à Cette (Hérault), le 18 août 1891



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MA MÈRE,

A MON PÈRE,

J'offre ce modeste travail, bien faible
témoignage de piété filiale et de recon-
naissance infinie.

A MON FRÈRE,

A TOUS LES MIENS.

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MES CAMARADES ET AMIS

Tombés au Champ d'honneur.

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET DE LYON

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD,

Professeur de Clinique chirurgicale,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Respectueux hommage.

A M. LE DOCTEUR PATEL,
*Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a inspiré ce sujet. Hommage
de gratitude pour ses conseils éclairés
et la grande bienveillance qu'il nous a
témoignée.

A M. LE DOCTEUR MOUTOT,
*Ex-chef de Clinique à la Faculté,
Médecin traitant du Centre de Dermato-vénéréologie
de la XIV^e Région.*

Hommage de reconnaissance pour le
charmant accueil que nous avons reçu
dans son service, et le bienveillant in-
térêt qu'il nous a porté durant les mois
pendant lesquels nous avons eu l'hon-
neur d'être son assistant.

INTRODUCTION

Parmi le groupe des tumeurs malignes des parties molles, les sarcomes musculaires sont aujourd'hui parfaitement isolés et individualisés et personne ne les met plus en doute actuellement. Ces tumeurs malignes musculaires primitives sont cependant plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'ici, surtout chez les jeunes, affectant parfois une forme aiguë, qui en rend le diagnostic particulièrement délicat ; et une évolution rapide, que peut seule entraver la précocité d'un traitement de choix.

Tel est le sujet de cette modeste étude où nous insistons surtout sur le tableau clinique que présente cette forme du sarcome musculaire et sur les méthodes opératoires proposées jusqu'à ce jour comme ayant le plus de chances de succès.

OBSERVATIONS

Nous donnerons tout d'abord les observations qui nous ont servi de base pour cette étude. La première surtout (Obs. I) est un tableau saisissant de cette forme de sarcome musculaire à allure clinique rare. La deuxième (Obs. II), plus intéressante au point de vue résultats opératoires, concerne un cas en évolution.

OBSERVATION I

Angiosarcome du muscle jumeau externe à forme d'hématome diffus

(M. le Docteur PATEL)

Mme C..., infirmière, 43 ans, a eü en 1917 une rougeole infectieuse grave, suivie d'une phlébite du membre inférieur gauche. Cette phlébite s'est présentée avec des caractères cliniques normaux : œdème généralisé du membre inférieur, douleur, évolution vers la disparition totale en deux mois.

A la fin de l'année 1917, le membre inférieur gauche avait repris son aspect et son fonctionnement normaux, et en dehors de quelques varices, rien ne rappelait l'existence d'une phlébite antérieure. Au mois de février 1918, la malade commence à ressentir des douleurs sourdes dans le mollet gauche ; celui-ci s'œdématie un peu. Je pense à une nouvelle poussée de phlé-

bite localisée au mollet, d'autant plus que l'œdème est généralisée à la jambe, les tissus sont indurés depuis le pied jusqu'au creux poplité. Le membre est placé dans une gouttière. — Je revois la malade au début d'avril, appelé par le médecin traitant qui a constaté une recrudescence de l'œdème et des phénomènes douloureux depuis quelques jours. A ce moment, le mollet gauche présente un aspect tout à fait particulier. La jambe est volumineuse; la peau est luisante, tendue, principalement à la face postérieure, rougeâtre. La tuméfaction est limitée à la jambe elle-même; le pied est œdématié mais dans de moins fortes proportions que la jambe; au niveau du creux poplité l'arrêt de la tuméfaction est brusque, se terminant par un sillon transversal profond; au delà, la cuisse prend un aspect normal. A la palpation la peau est chaude, le doigt laisse son empreinte sur la peau; il existe, principalement à la partie supérieure du mollet, une sorte de fausse fluctuation profonde; aucun battement. L'artère pédieuse et l'artère tibiale postérieure en arrière de la malléole interne ont conservé leurs battements.

La malade se plaignait encore de douleurs irradiées au niveau du pied, mais relativement peu intenses, et surtout d'une sensation de forte tension dans tout le mollet. L'état général était bon, la température était peu élevée, 37°8, 38°.

En présence de ce tableau clinique, le diagnostic ne laissait pas que de présenter de grandes difficultés. L'hypothèse d'un abcès était difficilement admissible, en raison de l'étendue de la tuméfaction, de l'absence de douleurs pulsatiles et fortes, et de la température peu élevée. Je songeai plutôt à une complication d'ordre vasculaire, en rapport avec l'ancienne phlébite, hémato-
tome en voie de progression ou d'infection.

Première phase. — L'indication opératoire était formelle. Le 14 avril 1918, sous anesthésie générale, une longue incision médiane est menée du creux poplité à

la moitié de la jambe. Après incision de la peau œdématisée et de l'aponévrose, un jet de sang noir s'échappe avec force en dehors des lèvres de l'incision ; l'hémorragie est extrêmement abondante tout en ne donnant pas l'impression d'une hémorragie artérielle. La poche est incisée sur toute son étendue, débarrassée de caillots noirâtres très nombreux et volumineux ; ses parois saignent de toutes parts, il existe de véritables lacs veineux, des lumières vasculaires tout à fait béantes. De nombreuses ligatures doivent être pratiquées pour assurer l'hémostase. Le paquet vasculo-nerveux tibial postérieur est découvert ; l'artère est saine, la veine est moniliforme, indurée, la circulation paraît s'y faire très mal. Nulle part, il n'y a de déchirures, de fissures. Suture cutanée complète, sauf à la partie supérieure où le passage d'un drain est ménagé. L'opération, très laborieuse, a duré une heure et quart.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, la malade a été atteinte brusquement d'un trouble laryngé ; la voix est devenue rauque, la toux paraissait être une toux de compression. En même temps elle se plaignait d'une douleur au sommet du thorax droit. L'idée d'une embolie fut admise au premier abord. L'auscultation pratiquée par le médecin major Baudoin, médecin des hôpitaux de Paris, était entièrement négative ; de même l'examen laryngoscopique décelait une muqueuse laryngée catarrhale. Quelques jours après, la voix reprenait un timbre plus régulier sans toutefois être absolument normale. La plaie évolua sans encombre ; la cicatrisation se fit à peu près par première intention, sauf à la partie supérieure au niveau de

l'orifice de sortie du drain. Le 26 mai, la cicatrisation était totale, le mollet restait un peu induré ; l'état général était satisfaisant ; la voix demeurait toujours un peu voilée.

Deuxième phase. — La malade dut être évacuée rapidement le 29 mai de l'hôpital, la jambe en gouttière, Quelques jours après, sur la face externe de la jambe, au voisinage de la tête du péroné, à quelques centimètres de la cicatrice, une tuméfaction rougeâtre apparut atteignant assez rapidement le volume d'une noix. La cicatrice n'étant pas encore absolument complète, on pensa à un abcès dû à une infection favorisée par le transport et partie d'une excoriation superficielle. Une ponction pratiquée au bistouri donna issue à une matière mollassse, rougeâtre, dont l'aspect fit immédiatement tomber tous les diagnostics portés antérieurement, pour faire admettre sans aucune hésitation, celui de tumeur maligne musculaire. Une hémorragie assez abondante suivit cette ponction ; elle ne put être arrêtée que par un tamponnement à la gaze.

Dès lors la maladie évolua avec une très grande rapidité locale ; le mollet devint très volumineux, tendu, saillant principalement du côté externe, les hémorragies se précipitèrent de plus en plus abondantes ; l'état général déclina vite. L'amputation de la cuisse à la partie moyenne fut pratiquée le 15 juin 1918. La cicatrisation se fit en huit jours. L'état général remonté quelque peu pendant deux ou trois semaines, devint rapidement mauvais. La malade fit une généralisation pleuropulmonaire droite, dont la première manifestation avait été sans doute le syndrome survenu le lendemain de

l'opération ; elle eut une hémiplégie droite et mourut au début de septembre 1918. La maladie avait débuté en février ; la première opération en avril avait atténué les symptômes locaux, ceux-ci reparurent deux mois après en juin ; l'amputation pratiquée amena une survie de deux mois et demi. L'évolution totale avait duré 7 mois.

La pièce montrait un sarcome musculaire très mou, localisé au jumeau externe et même strictement limité à lui.

OBSERVATION II

Sarcome du biceps fémoral gauche à forme aiguë

M. P..., 25 ans; pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. A fait trois années de service militaire; ajourné pour un ulcère de la cornée, est repris. Reprend ses occupations civiles le 15 septembre 1919.

Au début d'avril 1920, le malade commence à éprouver des douleurs dans la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse gauche et constate bientôt l'apparition à ce niveau, d'une petite tuméfaction qui atteint rapidement le volume d'un œuf de poule.

Les douleurs durèrent environ une huitaine puis disparurent. Vers le 25 mai elles reprirent, la tumeur constatée semblait ne pas avoir augmenté de volume; le malade se plaint à cette époque de douleurs irradiées dans toute la jambe, le long du trajet du nerf sciatique.

Le 1^{er} juin 1920 il vient consulter M. le docteur Patel qui d'après les annamnestiques du malade (apparition et disparition des douleurs) et l'aspect local de la tumeur; pense à une affection suppurée et conseille une intervention. Le lendemain 2 juin le malade est opéré par le docteur Patel qui constate à la partie supérieure de la cuisse gauche, sur la face postérieure, au-dessous du pli fessier; une tuméfaction du volume

d'un poing, tuméfaction profonde fixée au tissu cellulaire par la contraction musculaire, mobile sur l'os et présentant de la pseudo-fluctuation; la douleur est modérée à la pression mais il existe des irradiations dans la jambe le long du trajet du nerf sciatique. L'état général du malade est bon.

Une incision est pratiquée sur la face postérieure de la cuisse, depuis le pli fessier. La peau et le tissu cellulaire sont sains; on traverse l'aponévrose superficielle d'enveloppe et on constate que la tuméfaction siège dans le corps musculaire du biceps. On reconnaît immédiatement la nature sarcomateuse de la lésion et on pratique l'ablation de tout le muscle biceps depuis son insertion sur l'ischion jusqu'à sa partie inférieure. On ferme l'incision en laissant un drainage à la partie inférieure. Le malade peut se lever au bout de six jours; la réunion des tissus se fait par première intention.

Le 12 juin le malade est soumis à une première séance de radiothérapie.

Le 10 juillet, deuxième séance.

Le 7 août, le malade qui vient à Lyon pour une troisième séance est vu par le Docteur Patel et nous-même. Le malade est en bon état; à l'examen la cicatrice est souple.

La courbe de la température qui s'est maintenue entre 37°5 et 37°, sauf le lendemain de l'intervention où elle a atteint 39°, n'a pas été augmentée par les séances de radiothérapie.

L'examen histologique de la pièce, pratiqué par M. le Professeur Paviot, montrait qu'il s'agissait d'une tumeur très atypique formée de cellules allongées, fusiformes, confluentes, laissant à peine apercevoir une mince trame fibrillaire: tumeur maligne du type sarcomateux.

Le malade revu le 22 novembre par le Docteur Patel est toujours en parfait état, il a engraisé de cinq kilos.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les observations qui précèdent la symptomatologie de ces tumeurs malignes musculaires à forme aiguë, peut se résumer en quelques lignes.

Comme la plupart des sarcomes musculaires primitifs la tumeur se présente le plus souvent, unique, mais contrairement aux premiers, il semble que son début ne soit pas indolent et que les douleurs éprouvées par le malade soient contemporaines de la tumeur ; pouvant même la précéder.

Le développement de la tumeur est rapide, semblant ici doubler les étapes le plus généralement observées dans l'évolution d'un sarcome musculaire. A l'inspection la peau paraît luisante et rouge, quelquefois sillonnée d'un réseau veineux très marqué. Le membre siège de la tumeur peut être volumineux, présentant du véritable œdème.

A la palpation, la tumeur est chaude révélant de la pseudo-fluctuation, quelquefois même de la fluctuation vraie comme dans un cas cité par Ruotte où il s'agissait d'un sarcome musculaire du grand pectoral droit, tumeur tellement fluctuante que l'on était en droit de la prendre pour un abcès.

La tumeur est profonde, fixée au tissu cellulaire par la contraction musculaire et mobile sur les plans profonds, elle ne diffère point par ce côté de ce caractère bien particulier aux sarcomes musculaires, elle paraît, d'après Lecène, le plus souvent encapsulée ou tout au moins bien distincte du tissu musculaire voisin. Les symptômes de voisinage sont réduits au minimum, sauf douleurs irradiées dans tout le membre siège de la tumeur ; phénomènes de compression vasculaire ou nerveuse vraisemblablement.

Au stade de généralisation le tableau clinique s'élargit et on se trouve en présence, comme dans le cas cité par Ruotte et dans l'observation I du docteur Patel, de phénomènes généraux, ayant les allures véritables de maladies aiguës avec accidents généraux graves identiques à ceux des grandes infections. Il s'agit de sarcomes réellement infectieux.

DIAGNOSTIC

On conçoit aisément les difficultés qu'éprouvera le praticien devant un pareil tableau clinique.

Sans généraliser les faits, il sera en droit de songer à une affection suppurée, quand, comme dans le cas cité par Ruotte où une fluctuation vraie jointe à d'autres symptômes objectifs, sembleront imposer le diagnostic. Cette hypothèse sera très vraisemblable quand les souvenirs du malade (Obs. II) accuseront la disparition, puis réapparition des douleurs ; de même qu'il était logique dans le cas de M. le professeur Patel (Obs. I) de penser à une complication d'ordre vasculaire en rapport avec l'ancienne phlébite, hématome en voie de progression ou d'infection.

Il est de toute évidence que le diagnostic sera ferme si, au coup de bistouri donné, on se trouve en présence d'une bouillie informe ressemblant à du frai de grenouille ou à de la gelée de groseille.

Il est vrai de dire que la biopsie s'impose dans la plupart des cas et que l'examen histologique viendra poser le diagnostic.

Le diagnostic différentiel de cette forme maligne aiguë sera plus aisé à faire avec les autres affections

pouvant simuler le sarcome. Il est certain que la plupart ne présenteront pas cette marche rapide et s'en distingueront par d'autres caractères bien précis.

Le **lipome musculaire**, malgré sa pseudo-fluctuation, sera éliminé facilement car les douleurs manqueront ; de plus la pointe d'une aiguille de Nélaton plongée dans la tumeur n'y sera pas mobilisable.

Le **fibrome musculaire** est très rare, l'examen histologique tranchera le problème.

Le **lymphadénome** intramusculaire n'est jamais primitif.

Le **kyste hydatique** se diagnostiquera par la ponction aspiratrice qui montrera les crochets caractéristiques.

En ce qui concerne le **syphilome**, on aura les antécédents du malade et surtout le traitement, véritable pierre de touche.

Le **tuberculome**, gomme tuberculeuse et abcès froids intramusculaires, sont plutôt rares.

La **rupture** et la **hernie musculaires** se distingueront facilement, une tuméfaction molle au repos, dure dans la contraction remontant nettement vers les attaches musculaires ; la gouttière séparant les deux chefs rompus diagnostiquent assez la rupture, de même que l'on reconnaît la hernie à sa réduction spontanée pendant la contraction et à l'immuabilité de son volume.

L'**hématome ancien** sera un peu plus difficile à diagnostiquer mais les antécédents ou un accident sont à la base avec l'ecchymose et le développement en est lent.

L'**ostéome**, à la suite d'hématome, peut se poser, mais il est nettement localisé ; ostéomes des cavaliers.

L'**angiome musculaire** est souvent plus difficile à dis-

tinguer du sarcome — une notion à retenir est celle de sa congénialité — ce qui, dans le cas présent, pourrait prêter à confusion, est l'évolution quelquefois rapide de l'angiome musculaire chez un sujet jeune.

Reclus et Magitot pensèrent à un sarcome musculaire du grand dorsal, développé très rapidement chez une jeune fille de 17 ans; ils avaient affaire à un angiome.

A signaler avant de terminer cette étude du diagnostic différentiel, la contre-partie, en quelque sorte, de la question; nous voulons parler des tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome.

Lejars cite une inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main simulant un fibro-sarcome; et une ostéo-myélite subaiguë simulant un ostéo-sarcome de la cuisse. Il dit, en substance: « Comment faire le diagnostic dans ces formes suspectes ? La forme de la tumeur, ses caractères de surface et d'extension, sont à étudier — la tumeur inflammatoire est mal limitée, de contours imprécis, elle infiltre tous les tissus et s'y diffuse — il y a là un palper minutieux, un élément d'appréciation, une simple nuance qui suffisent pourtant à créer le doute. Les accidents fébriles et douloureux du début sont alors à rechercher avec le plus grand soin — quand la tumeur existe déjà et au cours de sa lente évolution pareils accidents thermiques et douloureux, surtout lorsqu'ils sont suivis d'un accroissement plus rapide deviennent aussi des indices fort précieux. » C'est, en somme, la contre-partie de cette étude — elle valait la peine d'être citée ici.

En résumé, la biopsie reste indiquée lorsque le diagnostic reste, malgré tout, hésitant; les résultats en appor-

tent un élément de plus à la discussion; et cette discussion est d'une gravité particulière parce que de la précocité du diagnostic dépend le pronostic.

MARCHE ET PRONOSTIC

Si l'évolution normale du sarcome musculaire est, dans la plupart des cas, à peu près fatale, que faut-il penser de la forme qui nous occupe ?

Il en est, sans doute, comme nous allons le voir, contre-tre lesquelles la précocité d'un traitement de choix peut quelque efficacité, mais que fera-t-on devant ces formes qui prennent véritablement les allures de maladies aiguës; tumeurs présentant un développement rapide et atteignant en peu de temps un volume considérable; se généralisant avec non moins de rapidité comme le montre l'Observation n° I. Que peut-on, chirurgicalement, contre ces formes à généralisations viscérales latentes qui se sont faites par la voie sanguine ?

S'il est permis d'espérer, après un silence de plusieurs mois, de plusieurs années même; sur quelles réserves doit-on se tenir en connaissant la signification toute relative que nous attribuons au mot guéri. Qui donc aurait la prétention, dit Lecène, de guérir radicalement une tumeur maligne ? Les récidives tardives, les métastases longtemps latentes qui se réveillent un jour sous

une influence que nous ignorons, sont d'observation trop courante, hélas ! pour ceux qui veulent réellement voir et observer impartialement les faits pour que l'on puisse jamais parler de la guérison radicale absolue d'un néoplasme malin.

TRAITEMENT

Le traitement de ces formes aiguës ne diffère pas du traitement du sarcome musculaire, adopté aujourd'hui par tous les auteurs et qui est l'ablation étendue des muscles atteints. Proposée en 1863, par Teevan, elle fut mal accueillie; ce n'est guère que depuis les travaux des chirurgiens lyonnais (Jaboulay, Chandelux, Durand) que cette intervention a reconquis quelque faveur.

Il est un fait, que le sarcome même à marche rapide respecte assez longtemps les limites du muscle ou du groupe musculaire (triceps brachial ou quadriceps crural) considéré, dans son ensemble, comme un véritable organe individuel. D'où cette conclusion légitime de Lecène, qu'une ablation totale du muscle ou du groupe musculaire sera souvent suffisante pour enlever la totalité du néoplasme; seul but que la chirurgie puisse se proposer.

Les diverses observations actuellement publiées démontrent, comme le dit Fasano, que cette intervention, avec dénudation soigneuse et ablation étendue des muscles atteints non seulement n'entraîne pas d'impotence grave mais donne un résultat fonctionnel bon.

Bien entendu, il faut que cette opération ait sa raison d'être et que le sarcome soit bien limité; sans adhérences à des paquets vasculo-nerveux, auxquels cas l'amputation est indiquée; mais on ne doit y recourir que si l'exérèse de toutes les lésions avec conservation du membre est impossible.

Certains auteurs : Alglave, Chaput, ont pratiqué des interventions énormes, désarticulation de la hanche par exemple; Morestin pense que l'on peut être aussi radical tout en agissant avec plus de modération.

Ces méthodes opératoires ont permis à leurs auteurs d'obtenir dans plusieurs cas une guérison durable; c'est-à-dire une absence de récurrence locale et de généralisation pendant plusieurs années.

Pour ne citer que quelques chiffres, Gosset a à son actif une survie de trois ans et demi dans un cas de sarcome musculaire de la cuisse gauche; Durand, une de deux ans et demi, dans un cas de sarcome des masses musculaires du bord externe du triangle de Scarpa; et une de sept ans dans un sarcome du trapèze. Alglave a également une survie de sept ans dans un cas de sarcome des muscles de la hanche chez un jeune homme de vingt-six ans.

Nous pouvons espérer d'aussi bons résultats chez le malade dont il est question dans l'Observation n° II; opéré par M. le Docteur Patel.

Il nous paraît intéressant de signaler à la fin de cette étude la fréquence de localisation de ces sarcomes au membre intérieur.

En effet, parmi les quelques cas publiés durant ces dernières années et que nous avons pu relever, un seul

intéressait les biceps brachiaux (**Scott Carmichaël**), deux les parties molles thoraciques: grand pectoral (**Ruotte**), trapèze (**Durand**), et onze le membre inférieur: bord externe du triangle de Scarpa (**Durand**), vaste externe, grand fessier, jumeaux et soléaire (**Amunategui**), cuisse gauche (**Gosset**), pectiné (**Ruotte**), biceps fémoral (**E. Desmarets** et **P. Masson**), muscles de la hanche (**Alglave**), jumeau et biceps fémoral (**Patel**).

CONCLUSIONS

Il existe des cas peu nombreux mais certains, de sarcomes musculaires revêtant une allure clinique aiguë.

Leur diagnostic est particulièrement délicat et n'est le plus souvent porté qu'au moment de l'intervention.

Ces tumeurs malignes évoluent avec une très grande rapidité locale, et avec phénomènes généraux graves au stade de généralisation.

Le pronostic le plus souvent fatal doit être très réservé dans les cas de survie après intervention, en raison des récurrences tardives et des métastases longtemps latentes.

L'ablation étendue avec dénudation soigneuse des muscles atteints en est le traitement de choix.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 novembre 1920,
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- RICHOUD. — Les sarcomes musculaires. Résultats opératoires éloignés, *Thèse* Lyon, 1901.
- CHARPENAY (E.). — Les angiomes musculaires primitifs. Etude anatomique et clinique. *Th.* Lyon, 1908.
- BORIE (A.). — Le sarcome d'origine primitive intra-musculaire (étude clinique), *Th.* Lyon 1900-01.
- RECLUS et MAGITOT. — *Revue de Chirurgie*, 1906.
- RUOTTE. — A propos du sarcome musculaire, *Lyon Médical*, 1911, CXVII, 440-444.
- DURAND. — Traitement des sarcomes musculaires par l'ablation systématique du muscle atteint. Résultats éloignés. *Lyon chirurg.*, 1910, III, 87-92.
- DESMARETS (E.). — Sarcome du muscle biceps fémoral, *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, an LXXXVII, 6^e série, tome XIV, n^o 10, décembre 1913, p. 449 à 451.
- ALGLAVE. — Communication à la *Société de Chirurgie de Paris*, 31 juillet 1918 (rapport de Morestin), in *Bulletin et Mémoires de la Société*, tome XLIV, p. 1402.
- AMUNATEGUI. — Sarcomes primitifs des muscles. Communication faite au V^e Congrès Médical Américain de langues latines tenu à Lima (Pérou) du 9 au 16 novembre 1913, *Semana med.*, Buenos-Ayres, 1914, XXI, 639-646.

- SCOTT-CARMICHAEL (Edimbourg). — Primary sarcoma of both biceps muscles, *The british medical journal*, n° 2714, 4 janvier 1913, p. 15.
- LANDOIS (Breslau). — Ueber die primären muskel sarcome, *Berliner Klinische Wochenschrift*, tome XLIX, 25 novembre 1912, n° 48, p. 2274 à 2276.
- FASANO (M.). — *Sarcoma muscolare primitivo e miomectomia*, *Il Policlinico, Sezione chirurgica*, tome XXC, fasc. 2, février 1913, p. 86 à 94. Roma.
- PATEL (M.). — *Journal des Praticiens*, 4 janvier 1919. Angiosarcome du muscle jumeau externe à forme d'hématome diffus.
- LEJARS. — *Société de Chirurgie de Paris*, 14 juin 1911, in *Bulletins et Mémoires de la Société*, 20 juillet 1911, tome XXXVII, n° 23.
- P. LECÈNE et L. MONDOR. — *Journal de Chirurgie*, 1911. La myectomie large dans certains sarcomes primitifs musculaires.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Observations	9
Symptomatologie	15
Diagnostic	17
Marche et pronostic.....	21
Traitement	23
Conclusions	27
Bibliographie	29

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
- RUE DE LA CHARITÉ -
— 46 —



